WRITTEN CONSENT FOR MINOR CHILD TO TRAVEL

未成年者渡航同意書

To whom it may concern: ご担当者様: I (We) authorize the minor. 私(私達)は許可します。	
NAME	PASSPORT No.
NAME 氏名(ローマ字) 名 姓	パスポート番号
Date of Birth / /	
Date of Birth//誕生日日月年	
NAME	PASSPORT No.
NAME 氏名(□ーマ字) 名 姓	パスポート番号
Data of Rirth	
Date of Birth / / 誕生日 日 月 年	
	Poturn Data
Departure Date / / / / 出発日 日 月 年	Return Date / / 帰国日 日 月 年
77	7,7
■Accompanied by Father or Mother: 父または、母が同行します。	
NAME 氏名(ローマ字) 名 姓	Relationship
氏名(ローマ字) 名 姓	関係(英語)
Date of Birth / /	PASSPORT No.
Date of Birth / / 誕生日 日 月 年	パスポート番号
We authorize the undersigned child to participate in travel during the above period. We authorize the travel agent, Japan Grace Co., Ltd. to consent to any necessary routine or emergency medical treatment for our child during the aforementioned trip. 私達(両親)は上記に記載した未成年者の海外渡航を許可します。そして旅行中における、旅行会社ジャパングレイスの行う必要な手続きや緊急医療措置に同意します。 ■ Information of the authorized Travel Agent 旅行会社の情報 Name Japan Grace co., ltd. Address 1-32-13 Takadanobaba, Shinjuku, Tokyo, 169-0075, Japan Tel +81 3 5287 3081 I confirm the other parent mentioned above is hereby given my full permission and consent to travel with my child. 私は上記に記したもう一方の親が子供を伴って旅行することを承諾します。	
NAME	
NAME 氏名(ローマ字) 名 姓	Relationship 関係(英語)
	M///XIII/
Date of Birth / / 誕生日 日 月 年	
Contact Number +81 電話番号(市外局番の頭の0は省いてご記入ください。)	

Signature 署名(公証人の面前で行ってください。)

WRITTEN CONSENT FOR MINOR CHILD TO TRAVEL

未成年者渡航同意書

To whom it may concern:	
ご担当者様: L(Wa) outhorize the minor	
I (We) authorize the minor. 私(私達)は許可します。	
NAME	PASSPORT No.
氏名(ローマ字) 名 姓	パスポート番号
Date of Birth / /	
誕生日 日 月 年	
Demonstrate Date	Return Date / /
Departure Date / / / 出発日 日 月 年	Return Date / / / 帰国日 日 月 年
H //	
■Accompanied by Father or Mother:	
父または、母が同行します。	
NAME	Dalationship
NAME 氏名(ローマ字) 名 姓	Relationship 関係(英語)
All III	
Date of Birth / /	PASSPORT No.
誕生日 日 月 年	パスポート番号
*** * * * * * * * * * * * * * * * * * *	
We authorize the undersigned child to participate in travel agent, Japan Grace Co., Ltd. to consent to any r	
for our child during the aforementioned trip.	lecessary routine of emergency medical treatment
tor our time during the drorementoned trip.	
私達(両親)は上記に記載した未成年者の海外渡航を許可します。そ 続きや緊急医療措置に同意します。	して旅行中における、旅行会社ジャパングレイスの行う必要な手
祝さで来心区原拍自に 内息しより。	
■ Information of the authorized Travel Agent	旅行会社の情報
Name Japan Grace co., ltd.	
Address 1-32-13 Takadanobaba, Shinjuku, Tokyo	o, 169-0075, Japan
Tel +81 3 5287 3081	
I confirm the other parent mentioned above is hereby given	
私は上記に記したもう一方の親が子供を伴って旅行することを承諾し	.इ.च
NAME	Relationship
氏名(ローマ字) 名 姓	関係(英語)
Data of Dirth	
Date of Birth / / 誕生日 日 月 年	
Contact Number +81	
電話番号(市外局番の頭の0は省いてご記入ください。)	